

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**ASSISTÊNCIA AO PACIENTE NO
PRÉ, TRANS E PÓS - OPERATÓRIO,**

Fundamentada na Teoria de Wanda Horta,
enfocando Educação em Saúde, no
Hospital Universitário.

Autora: Tatiana Neves Figueira

Florianópolis

1996 / 1

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

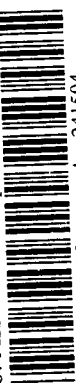
ASSISTÊNCIA AO PACIENTE NO
PRÉ, TRANS E PÓS - OPERATÓRIO,

Fundamentada na Teoria de Wanda Horta,
enfocando Educação em Saúde, no
Hospital Universitário.

N.Cham. TCC UFSC ENF 0305

Autor: Figueira, Tatiana

Título: Assistência ao paciente no pré,



972497138 Ac. 241504

Ex.1 UFSC BS CCSM CCSM

*Relatório de Conclusão do Curso
de Graduação em Enfermagem,
Centro de Ciências da Saúde da
Universidade Federal de Santa
Catarina.*

CCSM
TCC
UFSC
ENF
0305
Ex.1

Florianópolis

1996 / 1

Orientadora:

Margareth Linhares Martins

Supervisoras:

Paula Leite

Eliana Souza

Cristiane R. V. Ribeiro

A G R A D E C I M E N T O S

- À Professora Margareth pelo apoio, carinho e crença no meu potencial;
- A Paula, Eliana e Christiane, que com muita paciência me ajudaram a pôr em prática o meu trabalho;
- A toda a equipe da Unidade de Internação Cirúrgica II: Maria Patrícia, Joacir, Odir, Augusta, Marilene, Daniel, Salete, Dulcelina, Maria Ivone, Martinha, Dilce, Ernestina, Nazarete, Rode, Marcos Soares, Marcos Silveira, e Márcia, pela receptividade, carinho e apoio;
- À equipe do Centro Cirúrgico, pela atenção;
- Aos funcionários da Pós - Graduação em Enfermagem, Dona Helena, Chico, Patrícia e Christian;
- À amiga Catarina, que me ajudou na “arte de se integrar”;
- Aos meus pais, pelo apoio;
- Aos residentes Alexandre, André, Evandro e Hélio pela possibilidade da troca com reflexão;
- Ao Paulo, que estava sempre disposto a simplesmente me ouvir.

S U M Á R I O

	Pag.
INTRODUÇÃO	06
OBJETIVO GERAL	09
Objetivos Específicos	10
CONTEXTUALIZAÇÃO DO LOCAL DO ESTÁGIO	11
REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	13
REFERENCIAL TEÓRICO	17
METODOLOGIA	24
CRONOGRAMA	28
APRESENTANDO OS RESULTADOS.....	29
Objetivos Desenvolvidos e não Planejados	41
REFLEXÕES FINAIS	45
BIBLIOGRAFIA	46
ANEXO	48

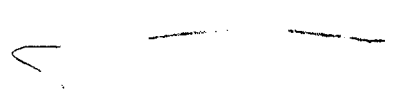
INTRODUÇÃO

Este relatório teve como base um projeto assistencial que é uma exigência da VIII Unidade Curricular do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

Apresentei no projeto a proposta de prestar assistência de Enfermagem aos pacientes que vão passar por uma experiência cirúrgica, relato aqui os resultados. Para tanto, escolhi como locais para a realização do estágio obrigatório a Unidade de Internação Cirúrgica II e o Centro Cirúrgico do Hospital Universitário da referida Universidade.

Para a realização do estágio contei com a Enfermeira Paula Leite para supervisão na Clínica, Eliana Souza e Christiane Ribeiro para supervisão no Centro Cirúrgico e a Professora e Mestra em Enfermagem Margareth Linhares Martins para orientadora.

Acredito que estas pessoas - as três primeiras Enfermeiras do Hospital Universitário e a terceira Enfermeira, Professora e Mestra em Enfermagem, reúnem em seus anos de experiências todo o conteúdo que percebi ser essencial para a realização dessa prática assistencial, além



de uma identificação com a área cirúrgica e a existência de afinidades pessoais.

Minha escolha pelo trabalho com pacientes cirúrgicos fundamenta-se no fato de que ao longo do curso identifiquei-me com essa área e também por ter vivenciado esta situação anteriormente quando fui submetida a uma cirurgia. O processo cirúrgico gera fatores estressantes, como medo do desconhecido, da morte, a possibilidade de sentir dor, separação da família, alteração da imagem corporal, entre outros. Percebi nessa experiência a existência do estresse pelo qual passa o paciente cirúrgico e como pode ser amenizado quando ocorre uma explanação referente a todo o processo que envolve a cirurgia(pré, tans e pós-operatório); e observei, que não existe uma interação entre o enfermeiro e o paciente. Essa interação deve ser conquistada, mas de que forma? Como educar?

Para responder essa pergunta, procurei saber qual a forma de fazer uma educação onde o paciente realmente participasse do processo educativo. Foi partindo desse ponto que comecei a procurar autores que discorressem sobre Educação em Saúde, para que eu pudesse desenvolver uma assistência de Enfermagem mais consciente e voltada para as necessidades do paciente. Destaco aqui entre outros, Freire, 1979 e Rezende, 1980. Percebi que esses autores, apontam para uma prática educativa como processo, onde o educando se torna sujeito do processo, consciente e reflexivo.

Rezende, 1980 p. 13, [coloca que por “via de regra, o profissional de saúde considera o seu dever cumprido, uma vez que passou as

informações, entretanto, frustra-se ao saber que as suas orientações não foram seguidas”.

A Educação em Saúde deve buscar a troca e reflexão, através do dialogo, valorizando suas vivências, partindo dos anseios e dúvidas do paciente. Freire, 1979 p. 15, diz que “o homem deve ser o sujeito de sua própria educação”.

É através da Educação em Saúde, que a percepção sobre o que é uma cirurgia pode ser alterada, amenizando assim os estressores gerados pela experiência cirúrgica, evitando uma possível reinternação.

Para desenvolver a Educação em Saúde assisti o paciente em três momentos: Pré, trans e pós - operatório. Enquanto conteúdo norteador para o desenvolvimento desta assistência optei pela Teoria desenvolvida por Wanda de Aguiar Horta, por ser utilizada no Hospital Universitário, onde procurei buscar mais fundamentação sobre Educação em Saúde, haja visto que a Teoria de Horta não contempla o suficiente em relação a esse assunto.

Como já afirmei anteriormente minha intenção foi dialogar e refletir junto com o paciente sobre o processo que o envolve desde a internação até a alta e conseqüentemente a sua recuperação. Espero assim ter contribuído para que tenha havido um processo mais reflexivo entre paciente e enfermeiro, que ambos tenham adquirido novos conhecimentos e que eu tenha ajudado para um relacionamento mais humanizador no interior das Instituições Hospitalares.

O B J E T I V O G E R A L

Assistir o paciente cirúrgico no pré, trans e pós-operatório, utilizando uma metodologia de trabalho baseado na Teoria de Wanda Horta, buscando fundamentação na Educação em Saúde.

O b j e t i v o s E s p e c í f i c o s

- Dialogar e refletir com paciente e familiares sobre a cirurgia a ser realizada;
- Acompanhar o paciente na sala cirúrgica;
- Começar os 1^{os} cuidados de Enfermagem do pós - operatório já na sala de Recuperação pós anestésica;
- Prestar cuidados de Enfermagem até o 2º Pós - operatório;
- Auxiliar a promover o auto - cuidado, orientações para alta;
- Aperfeiçoar os conhecimentos teórico - práticos;
- Desenvolver habilidades técnicas.

CONTEXTUALIZAÇÃO DO LOCAL DO ESTÁGIO

Este estágio se desenvolveu na Unidade de Internação Cirúrgica II e no Centro Cirúrgico do Hospital Universitário, situado no Campus Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, Trindade - Florianópolis. O Hospital tem 236 leitos distribuídos em Clínica Médica, Pediátrica, Cirúrgica, Ginecológica e Maternidade, atendendo ainda a nível ambulatorial. O Hospital Universitário possui também uma Unidade de Tratamento Intensivo (adulto e neonatal), Laboratório, Raio X, Banco de Sangue e serviços de apoio.

A Unidade de Internação Cirúrgica II, possui 30 leitos, sendo 16 para internação masculina e 14 para internação feminina. Os leitos são distribuídos da seguinte forma: a) Ortopedia: 2 leitos para internação feminina, 2 leitos para internação masculina, b)Vascular: 4 leitos para internação feminina, 4 leitos para internação masculina, c) Plástica: 2 leitos, d) Urologia: 2 leitos para internação feminina, 5 leitos para internação masculina, e) Proctologia: 4 leitos para internação feminina,

4 leitos para internação masculina. A divisão de leitos entre feminino e masculino pode variar dependendo da necessidade de cada especialidade.

As cirurgias mais realizadas são: colocação de prótese, correção de fraturas em geral, varizes, amputação e revascularização, correção de incontinência urinária de esforço, prostatectomias, cirurgias orificiais e retirada de tumores de Cólon.

Trabalham nesta Unidade de Internação Cirúrgica II 8 Enfermeiros, 15 Técnicos de Enfermagem, 6 Auxiliares de Enfermagem, 4 Auxiliares de Saúde e uma Escriturária. A equipe médica é composta de 3 Ortopedistas, 4 Angiologistas, 2 Cirurgiões Plásticos, 4 Urologistas e 3 Proctologistas.

Na Unidade de Internação Cirúrgica II são atendidos pacientes com idade superior a 13 anos e 11 meses.

Também serviu como campo de estágio o Centro Cirúrgico do Hospital Universitário, que possui 5 salas cirúrgicas com média de 9 cirurgias/dia. Neste setor trabalham 2 Enfermeiros e 33 funcionários que atendem ainda a sala de recuperação pós-anestésica que funciona dentro da área cirúrgica. A maioria das cirurgias realizadas são de grande porte, ocorrendo ainda as de médio e pequeno porte.

O paciente pode ser internado: via ambulatório ou via emergência. A enfermagem, assim como os médicos, têm livre acesso a todos os recursos que o Hospital dispõe, descritos acima.

REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Desde o início do século XIX a cirurgia tem se desenvolvido tanto que se tornou segura e benéfica. A cirurgia moderna passou por duas fases: o objetivo da primeira era tornar a cirurgia segura e humana; na segunda, o objetivo era preparar o cliente para a cirurgia, que é a onde a enfermeira pode atuar mais efetivamente.

“Por mais bem planejada e executada que seja, uma cirurgia implica em um grande estresse e uma tensão fisiológica (síndromes), para o paciente” (BELAND, 1979).

Segundo Caldas Aulete (apud Horta, 1979), “síndrome é o conjunto dos sistemas característico de uma doença”, esta é a característica dos pacientes que são submetidos a um tratamento cirúrgico. Em média, em um período de 48 a 72 horas, ele passará de um estado de independência ao de dependência, logo retornando à primeira se o pós - operatório for normal.

Esta síndrome inclui todas as necessidades que estão alteradas durante o pré, trans e o pós-operatório. As necessidades do ser humano segundo Horta, 1979 são: Necessidades Psicobiológicas - Oxigenação,

Hidratação, Nutrição, Eliminação, Sono e Repouso, Exercício e atividades Físicas, Sexualidade, Abrigo, Mecânica Corporal, Motilidade, Cuidado Corporal, Integridade Cutâneo-mucosa, Integridade Física, Regulação: térmica, hormonal, neurológica, hidrossalina, eletrolítica, imunológica, crescimento celular, vascular, - Locomoção, Percepção: olfativa, visual, auditiva, tátil, gustativa, dolorosa, -Ambiente, Terapêutica. Necessidades Psicossociais - Segurança, Amor, Liberdade, Comunicação, Criatividade, Aprendizagem, Gregária, Recreação, Lazer, Espaço, Orientação no tempo e espaço, Aceitação, Auto-realização, Auto-Estima, Participação, Auto-Imagem, Atenção. Necessidades Psicoespirituais - religiosidade ou teológica, ética ou de filosofia de vida.

As necessidades mais afetadas durante o processo cirúrgico são: religiosidade; integridade cutâneo-mucosa; percepção sensorial dolorosa; oxigenação; eliminação; nutrição; regulação hidro-eletrolítica; regulação vascular, regulação térmica; regulação imunológica; comunicação; mecânica corporal; postura; segurança (emocional, física e social); paciente fora do seu ambiente natural; educação a saúde (preparo pré, trans e pós-operatório). Dependendo de cada paciente e do tipo de cirurgia, poderão surgir outras necessidades (Horta, 1979).

Beyers e Dudas, 1989 classificam a cirurgia da seguinte forma:

- a) para se obter material de um tecido para exame, b) para observar estruturas internas para fins diagnósticos, c) para curar doenças pela remoção de tecidos ou órgãos doentes, d) para reparar ou remover tecidos e estruturas que sofreram traumatismos, e) para aliviar sintomas através de procedimentos paliativos, f) para melhorar a aparência

através de uma cirurgia plástica, g) para realizar um tratamento profilático. Os procedimentos cirúrgicos podem ser classificados de modo geral como biópsias, procedimentos exploratórios, curativos, paliativos e emergências cirúrgicas.

A experiência cirúrgica expõe o paciente a ambiente estranho e desconhecido, equipamentos complexos, muitas pessoas diferentes e diversos procedimentos estressantes e por vezes embaraçosos.

O paciente é solicitado a se ajustar ao estresse da hospitalização, todos os eventos fazem com que o paciente se sinta vulnerável, inseguro e assustado.

O que mais se observa em pacientes cirúrgicos é ansiedade pré-operatória, dependendo do tipo de cirurgia vários são os estressores: a) Emocionais: o medo do desconhecido, da anestesia, da morte, de um possível câncer; b) Físicos: possibilidade de ficar incapacitado, medo da destruição da imagem corporal, medo da dor; c) Sociais: afastamento do trabalho, da possível perda do emprego, responsabilidade pelo sustento da família, separação da pessoa amada (Brunner, 1992).

Cada indivíduo tem uma capacidade única de enfrentar os fatores estressantes que possam surgir com a operação iminente. Cabe ao enfermeiro observar e detectar quais são os estressores do paciente, buscando junto com o ele e familiares a melhor forma para enfrentá-los.

Talvez uma das melhores estratégias que o enfermeiro possa utilizar para identificar os estressores junto ao paciente seja OUVIR. Através do diálogo pode-se adquirir informações valiosas; “um

enfermeiro tranqüilo, compreensível e atencioso desperta a confiança do paciente” (Brunner, 1992).

A educação em saúde é outra estratégia do enfermeiro, sabendo utilizá-la, de forma horizontal, ou seja, partindo dos pressupostos, crenças e valores e das necessidades do paciente, a educação se torna produtiva e o paciente realmente reflete e se conscientiza sobre o assunto que foi dialogado (Freire, 1980).

Não encontrei trabalhos que utilizem Educação em Saúde com pacientes cirúrgicos, porém existem diversos enfermeiros que atuam com saúde coletiva utilizando a Educação em Saúde, entre eles Silva, 1992 que utilizou a Educação em Saúde numa unidade Básica de Saúde com população de baixa renda e visou mudar o comportamento das pessoas através da mudanças de suas consciências, fazendo o ser humano o sujeito maior do processo educativo. Outra autora, Martins, 1995 que realizou uma prática assistencial de enfermagem a partir da formação de um grupo de Ostomizados, onde percebeu que a relação enfermeiro/cliente carecia de maior estímulo para o desenvolvimento da consciência crítica de ambos, onde houvesse espaço para que pudessem participar ativamente das questões contextuais que os envolviam.

Ambas repensaram em seus trabalhos a forma que a Educação em Saúde era realizada, pois esta não conseguia promover mudanças nas atitudes da população, sendo assim procuraram meios para fazer uma Educação que: não subjulgasse o saber popular, conscientizasse a população para que ela tome suas próprias decisões, que a população faça parte do processo educativo e não seja mero objeto do educador.

REFERENCIAL TEÓRICO

Falando sobre a Teoria de Wanda Horta...

Para nortear a assistência ao paciente cirúrgico utilizei a Teoria de Wanda de Aguiar Horta que foi desenvolvida a partir da Teoria da Motivação Humana de Maslow, que se fundamenta nas Necessidades Humanas Básicas, buscando fundamentação sobre Educação em Saúde, haja visto que a Teoria de Horta não contempla o suficiente em relação a esse assunto.

➤ Horta coloca no conceito de assistir em Enfermagem: fazer pelo ser humano aquilo que ele não pode fazer por si mesmo, ajudar auxiliar, orientar ou ensinar, supervisionar e encaminhar a outros profissionais, colocado em prática no Plano Assistencial da mesma forma: supervisão, orientação, fazer, encaminhar, por esse motivo a teoria fica muito limitada no fazer “para” o paciente e não “junto” com o paciente por esse motivo utilizei a Educação em Saúde, para desenvolver um novo olhar crítico. ➤

Esta teoria apoia e engloba leis gerais que regem os fenômenos universais, tais sejam, por exemplo, *a lei do equilíbrio* (homeostase ou hemodinâmica): todo universo (ambiente) se mantém por processos de equilíbrio dinâmico entre os seus seres; *a lei da adaptação*: todos os seres do universo interagem com seu meio externo buscando sempre formas de ajustamento para se manterem em equilíbrio; *a lei do holismo*: o universo (ambiente) é um todo, o ser humano é um todo, a célula é um todo, esse todo não é mera soma das partes constituída em cada ser.

Do momento do nascimento até a morte, cada indivíduo mantém e defende seu “TODO”, sua “UNIDADE”. Os cientistas, teólogos e filósofos, no passado e no presente os médicos, dividem o ser humano; o dualismo corpo - espírito, desintegrando o ser humano em partes. (HORTA, 1979).

A Enfermagem se propõe a ver o paciente holisticamente, o ser humano como um “TODO” dinâmico, em constante interação com o ambiente em que ele está inserido, atuando de maneira a alterá-lo e podendo assim se adaptar a uma nova situação, às vezes inesperada.

A teoria aborda ainda que: a) o ser humano é parte integrante do universo (ambiente) dinâmico, e como tal, sujeito a todas as leis que o regem, no tempo e no espaço; b) o ser humano está em constante interação com o universo (ambiente), dando e recebendo energia; c) a dinâmica do universo (ambiente), provoca mudanças que levam a estados de equilíbrio e desequilíbrio no tempo e espaço (HORTA, 1979).

O processo cirúrgico gera fatores estressantes como o medo do desconhecido, a possibilidade de ter dor, a separação da família, da morte, da alteração da imagem corporal, entre outros. Percebi que não

há uma exposição sobre o que é uma cirurgia e como ela se procede. A melhor forma de expor o assunto é através da Educação em Saúde. Trentini e Silva, (apud Martins, 1995), destacam no seu trabalho o processo educativo, no qual o enfermeiro e o paciente compartilham saberes com intuito de desenvolver formas para enfrentar efetivamente os estressores gerados.

Busquei então outros autores que escreveram sobre Educação em Saúde para aprofundar-me nesta nova direção para a educação.

Dudas, (apud Martins, 1995), destaca a importância em aprender formas para enfrentar a doença e seus efeitos. A autora reforça para a necessidade de participação ativa do cliente no processo de aprendizagem, para a educação ser significativa.

Falando sobre Educação em Saúde...

A aprendizagem se dá no contexto do indivíduo através de reflexões para reforçar seu conhecimento ou alterar a compreensão da realidade. A partir disto, as pessoas reforçam ou reavaliam suas maneiras de pensar para manter ou transformar a realidade e sua relação com o ambiente.

Para ser positiva para o educando, a educação deve ser emancipatória (Waldow, 1993). O enfermeiro tem que fornecer subsídios ao paciente para que, cada vez mais ele se torne independente e necessite cada vez menos de cuidados.

A educação tem por objetivo permitir, através do diálogo, desenvolver junto com o paciente formas para diminuir ou eliminar o fator estressante. O diálogo não pode ser reduzido ao ato de depositar

idéias de um sujeito para outro, nem tampouco se tornar uma simples troca de idéias a ser consumida pelas pessoas que participam do processo educativo, elas têm que refletir sobre o que é dialogado (Freire, 1981).

O diálogo se processa através da palavra, mas, ao encontrarmos a palavra, na análise do diálogo, buscamos também seus elementos construtivos: ação e reflexão.

A “palavra” que não se pode transformar em realidade se transforma em palavreria, verbalismo, blá-blá-blá. Se, pelo contrário se enfatizar a ação com sacrifício da reflexão, a palavra se converte em ativismo, e ao minimizar a reflexão, nega também, a praxis verdadeira e impossibilita o diálogo (Freire, 1981).

✶O diálogo é a base para a Educação em Saúde, se fundamenta no amor ao mundo e aos homens, na humildade, pois o diálogo não pode ser um ato arrogante e na intensa fé nos homens, no seu poder de fazer e de refazer, criar e recriar. O diálogo se faz com uma relação horizontal, em que a confiança de um pólo no outro, é consequência óbvia (Freire, 1981).✶

A educação tem que ser na “forma horizontal”, partindo do conhecimento, das crenças e valores do paciente, em forma de diálogo, e não na “forma vertical”, que seria o modo no qual o enfermeiro apenas recitaria um monólogo de orientações e não teria a certeza da conscientização do paciente e se ele modificou seu hábitos de saúde.

Nesta linha de pensamento, vários educadores vêm refletindo sobre a prática educacional.

Entre eles, Freire no qual me instrumentalizei para desenvolver a Educação em Saúde. Freire, 1981, contrapõe a pedagogia tradicional (Educação Bancária), com uma pedagogia popular, ou seja, pedagogia problematizadora. Ao caracterizar as duas concepções opostas da educação, Freire identifica o educando na educação bancária como um depositário (como nos bancos), escuta docilmente, segue a prescrição, é mero objeto, adapta-se às determinações do educador. Enquanto que o educador é o detentor do saber, ele pensa, fala, opta, prescreve, identifica a autoridade que lhe compete, a do saber, sendo o educador, então, sujeito do processo educativo.

Já na educação problematizadora, Freire propõe a emancipação, ou seja, o educando tem liberdade de pensamento, de ação, de decisão, e participa ativamente de todo o processo educativo; ambos aprendem juntos, educando e educador. O saber tem o papel emancipador, na medida que permite ao ser humano conscientizar-se de seu problema, colocando-se como sujeito, capaz de criar, recriar e tomar decisões.

Educar é o ir além, a lucidez para aquilo que se passa no cotidiano sem perceber; a energia de enxergar além das idéias preconcebidas e condicionamentos culturais, permitindo-se o desligamento de preconceitos tradicionais; entusiasmos por *insights* e significados que requerem a detecção dos pressupostos; inclinação para estabelecer estratégias; compromisso para a busca da verdade; flexibilidade em descobrir e usar opções e infundir o todo com ideal moral de humanidade e de cuidar / cuidando. Desta forma, a emancipação compreende se questionar, confrontar-se com a fácil aceitação e passividade. (Wasdow, 1987).

Acredito que através da Educação em Saúde desenvolvida com pacientes cirúrgicos haja uma melhora na assistência de Enfermagem, tornando-a mais crítica, interativa e humana.

Descrevo a seguir os conceitos que me nortearam no transcorrer do estágio.

CONCEITOS

O SER HUMANO como parte integrante do ambiente está sujeito a um estado de equilíbrio e desequilíbrio no tempo e no espaço, distingue-se dos demais seres vivos por sua capacidade de reflexão, por ser dotado do poder de imaginação e simbolização e poder unir presente, passado e futuro. Estas características do ser humano permitem sua unicidade, autenticidade e individualidade.(Horta ,1979)

A ENFERMAGEM é a ciência e a arte de assistir ao ser humano no atendimento de suas necessidades básicas, de torná-lo independente desta assistência, quando possível, pelo ensino do auto - cuidado através da Educação em Saúde; de recuperar, manter e promover a saúde em colaboração com outros profissionais (Horta, 1979 adaptado).

AMBIENTE é entendido como o conjunto de condições geográficas, históricas, sociais, econômicas e políticas, em que o ser humano esta inserindo e em recíproca evolução e transformação. Nas múltiplas relações sociais, o ser humano que passa por uma cirurgia se integra, participa e toma consciência da realidade que o cerca e da sua

própria realidade. Esta relação é um desafio para ele e para os profissionais de saúde, que enfrentam juntos as suas condições específicas.(adaptado, Martins, 1995).

A EDUCAÇÃO EM SAÚDE tem por objetivo permitir através do diálogo , desenvolver junto com os pacientes formas de diminuir ou eliminar os fatores estressantes provenientes da situação cirúrgica, assegurando uma participação consciente, dinâmica e reflexiva dos envolvidos (Freire, 1981 adaptado).

M E T O D O L O G I A

Para pôr em prática a realização de alguns objetivos e poder registrá-los usei o Processo de Enfermagem utilizado no Hospital Universitário que está fundamentado na Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta, através do processo de Enfermagem e baseado no Prontuário Orientado para o Problema (P.O.P), preconizado por LAWRENCE WEED, contendo 04 etapas.

① HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

- É o roteiro sistematizado para o levantamento de dados do ser humano.

Características:

- a) Concisão - o histórico deve ser conciso, sem repetições, claro, preciso.
- b) Informações que permitam dar um cuidado imediato.
- c) Individualização - o histórico é individual e deve permitir tal objetivo.

d) Não duplicar informações. (Horta, 1979)

➤ A coleta de dados é feita na admissão ou na primeiras horas de internação, acrescida de outros dados que possam surgir durante toda a hospitalização;

➤ A Enfermagem não lista o problema como prevê o sistema P.O.P, mas apenas sublinha, após anotá-los no histórico. (Método de Assistência de Enfermagem do Hospital Universitário, texto fornecido no semestre 95 /1 na disciplina Fundamentação Teórica para Enfermagem)

② PLANO INICIAL

- É a determinação global da assistência de enfermagem que o ser humano deve receber diante dos problemas levantados. (Horta, 1979)

➤ Representada a previsão geral das ações destinadas a resolver os problemas do paciente durante o período em que estiver sob orientação profissional;

➤ Os problemas de Enfermagem sublinhados no Histórico são denominados PROBLEMA nº 1.

➤ Para operacionalizar o plano inicial utilizam-se, de acordo com HORTA, os verbos indicados dos vários níveis de dependência do paciente, ou seja, FAZER e/ou AJUDAR, ORIENTAR e/ou SUPERVISIONAR, ENCAMINHAR.

- Entende-se também por orientar: dialogar, conversar sobre; baseando sempre na educação em saúde. (Método de Assistência de Enfermagem

do Hospital Universitário, texto fornecido no semestre 95/1 na disciplina Fundamentação Teórica para Enfermagem)

③ PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

- É o roteiro diário que coordena a ação da equipe de Enfermagem nos cuidados adequados ao atendimento das necessidades básicas e específicas do ser humano. (Horta, 1979)

➤ Na prescrição, a enfermagem operacionaliza os cuidados previstos na categoria fazer e / ou ajudar do plano inicial;

➤ As ações ou cuidados de enfermagem previstos nas outras categorias não constam da prescrição de enfermagem. São executados pelo profissional enfermeiro e os resultados registrados na EVOLUÇÃO. (Método de Assistência de Enfermagem do Hospital Universitário, texto fornecido no semestre 95/1 na disciplina Fundamentação Teórica para Enfermagem)

④ EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

É o relato diário ou periódico das mudanças sucessivas que ocorrem no ser humano enquanto estiver sob assistência profissional. A evolução é, em síntese, uma avaliação global da prescrição de enfermagem (Horta, 1979).

➤ A evolução é organizada na forma de :

S. - Dados subjetivos;

O. - Dados Objetivos;

A. - Análise dos dados;

P. - Plano de tratamento;

➤ As informações e observações referidas pelo paciente, familiares ou amigos são registradas nos dados SUBJETIVOS. É onde o

paciente vai expor os seus problemas (estressores) e como ele os enfrenta.

➤ As observações, os dados mensuráveis obtidos pela equipe são registrados como dados OBJETIVOS. São anotados também os relatos dos cuidados e tratamentos prestados, bem como o resultado das orientações dadas ao paciente e / ou familiares;

➤ Na ANÁLISE o enfermeiro EXPLICA e INTERPRETA os dados objetivos e subjetivos, define um problema (estressor) num grau maior de precisão, avalia a evolução da conduta adotada se o paciente está conseguindo enfrentar o estressor de maneira positiva, identifica novos estressores e registra as razões para manter, mudar ou abandonar uma determinada estratégia;

➤ As decisões para tomar nova conduta baseada em novos dados e na análise representam o plano da Evolução.

C R O N O G R A M A D E E S T Á G I O

	MARÇO							ABRIL																		
DIAS	22	25	26	27	28	29		2	3	4	5	8	9	10	11	12	15	16	17	18	19	22	23	24	25	26
MANHÃ	X	X	X	X	X			X	X			X	X	X	X			X	X	X			X	X	X	
TARDE	X				X			X		X	X		X	X		X	X		X	X		X	X		X	

	MAIO																					JUNHO												
DIAS	1	2	3	6	7	8	9	10	13	14	15	16	17	20	21	22	23	24	28	29	30	31	3	4	5	6	7	10	11	12	13	14	17	
MANHÃ	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X		X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X		
TARDE				X			X						X	X				X	X			X				X	X		X	X		X	X	

L E G E N D A :

- Os dias em **negrito** foram feriados, mas desenvolvi estágio.
 - O **x** indica o turno que fiz estágio.
- Horário foi das 07:00 h. ao 12:00 h.
13:00 h. as 19:00 h.

APRESENTANDO OS RESULTADOS

Objetivo :

☆ Dialogar e refletir com paciente e familiares sobre a cirurgia a ser realizada;

No decorrer do estágio pude acompanhar sete pacientes no pré, trans e pós-operatório.

Neste primeiro momento pré-operatório, eu priorizava orientar e dialogar com o paciente e quando possível com os familiares sobre a cirurgia que ele iria se submeter, buscando identificar fatores que gerariam ansiedade.

A maioria dos pacientes colocava os seguintes fatores como geradores de ansiedade: separação da família; como será o ato cirúrgico; alteração da imagem corporal; medo da dor pós-operatória.

Na revisão bibliográfica, Brunner, 1992, Beyers e Dudas, 1989 citam o medo da morte como um dos fatores geradores de ansiedade, porém nenhum dos pacientes que tive contato relatou medo de morrer, os outros fatores referidos por eles estão dentro do que foi descrito.

Dentro do que é preconizado por Horta, 1979, identifiquei as Necessidades Humanas Básicas que estavam afetadas, que poderiam ser trabalhadas através da Educação em Saúde foram estas: gregária, segurança, auto-imagem, percepção dolorosa.

As Necessidades Humanas Básicas afetadas foram registradas no prontuário de acordo com a metodologia proposta.

A Educação em Saúde foi realizada através do diálogo, preconizado por Freire, 1981, de forma contínua e progressiva, buscando assim uma interação como o paciente.

Durante o estágio consegui interagir com seis dos setes pacientes, já no pré-operatório.

Para avaliar se houve ou não interação, é um pouco difícil, pois os dados são subjetivos, do mesmo modo que o paciente pode expor quais são os motivos da sua ansiedade, ele pode dizer que não se sente ansioso, cabendo a mim, ter a sensibilidade de avaliar se houve interação por outros dados, como a comunicação não verbal; a comunicação não verbal é tudo que o paciente expressa e que pode complementar uma informação verbal: atitudes que o paciente adota frente ao Enfermeiro e com outros pacientes, sua postura ou posição no leito, expressão facial, gestos, entre outros. O toque, outro aspecto da comunicação não verbal, é , talvez uma das suas mais importantes facetas. É um dos meios mais concretos de transmitir nossos

sentimentos de empatia e confiança (Du Gás, 1986, Stefanelli, 1993).

A maioria dos pacientes se comunicava com muita facilidade; com apenas um, dos setes paciente, foi difícil esta interação. Pela dificuldade de conseguir um diálogo com esse paciente eu tentava “fugir”, alegando que não teria retorno à Educação em Saúde com esse paciente. Eu queria um retorno imediato e ser reconhecida por isso. Gonzaga, 1992 p. 128, cita em seu trabalho ... “que nem tudo ocorre como você quer, pois é importante respeitar posições e ritmos que não são seus, pode ser difícil, mas é o que torna rico o processo educativo, principalmente quando se conclui que as diferenças continuarão sempre presentes...”.

Esse paciente ficou internado antes da cirurgia por duas semanas, tinha características sociais que eu não estava preparada para entender. Ele aos seis anos desenvolveu problemas intestinais, que não ficaram totalmente esclarecidos, o que o levou a ter um abdome volumoso. Eu, em conjunto com a minha supervisora, chegamos a conclusão, após termos conhecido sua família, que ele foi sempre bastante introvertido e não mantinha um convívio social normal para um garoto de dezessete anos. Ao chegar no hospital ele adotou a mesma postura de isolamento. A família, acredito ter contribuído para esse comportamento, pois quando os pais estiveram no hospital não se percebia o interesse deles no cuidado com o filho e não existia, aparentemente, troca de carinho, podendo ser uma forma de rejeição ou o modo de vida normal da família. Com o passar dos dias, houve uma interação não verbal com esse paciente, pois comecei a observar melhor sua forma de expressar os sentimentos: o olhar e uns sorrisos tímidos, que quase passavam despercebidos. Perguntei se ele queria saber

como seria a cirurgia e a resposta era a elevação do ombro parecendo “tanto faz”.

Após eu ter falado sobre a cirurgia, perguntei se ele tinha alguma dúvida, ele: Não.

Se ele havia entendido: *Hã, Hã.*

No começo é frustrante, pois eu queria que ele falasse, colocasse tudo o que sentia para que eu pudesse ajudá-lo, depois, se tornou um desafio a ser vencido por mim.

O diálogo com os outros paciente foi fácil, eu me apresentava e de forma informal ia conversando com o paciente a respeito de como ele se sentia, se já havia passado por situação semelhante ou algum ente querido, e assim ia esclarecendo dúvidas e me mostrando sempre receptiva. Orientações também era feitas quando o paciente queria saber como voltaria da cirurgia: provavelmente com sonda, soro, entre outros.

O preparo adequado ajuda a aliviar a ansiedade do paciente e a obter uma cooperação e participação, é o que vai acelerar o processo de recuperação (Beyers e Dudas, 1989).

Objetivos:

- ☆ *Acompanhar o paciente na sala cirúrgica;*
- ☆ *Começar os 1^{os} cuidados de Enfermagem do pós - operatório já na sala de Recuperação pós-anestésica;*

O paciente, na medida do possível é recebido pela Enfermeira do Centro Cirúrgico e conduzido à sala cirúrgica. Pude recepcionar todos os paciente que me propus.

Quase todos os pacientes, menos o garoto de dezessete anos, verbalizaram sobre a minha presença tranquilizadora, e importante:

" Eu acho bom ter alguém conhecido "
" É muito bom você estar aqui, fico mais tranqüila "
" Que bom que você veio junto comigo "
" ... até falei para o meu marido o quanto você é atenciosa e dedicada "

Citações feitas por pacientes no Centro Cirúrgico.

Ouvir essas frases, entre outras, é muito gratificante, é o reconhecimento da minha assistência.

O garoto, segundo relato da supervisora do Centro Cirúrgico, demonstrou a través do olhar se sentir mais seguro com a minha presença, pois tudo que lhe era falado ou que era feito com ele olhava para mim.

O paciente ao chegar no Centro Cirúrgico, é levado para a sala cirúrgica onde esta a equipe de enfermagem.

Na sala cirúrgica, eu ajudava a colocar o paciente na mesa e a prepará-lo para a anestesia.

Esse ato parece simples, mas só quem passa por uma cirurgia sabe o quanto é constrangedor ficar despida na sala e cheia de pessoas estranhas, então tinha sempre o cuidado de descobrir o mínimo possível os pacientes. Esse cuidado é sempre tomado pela enfermeira e equipe de Enfermagem do Centro Cirúrgico.

Por motivo de horário (porque as cirurgias sempre acabavam após as 12:00 h.), eu não ficava até o paciente retornar ao quarto, mas sempre esperava ele acordar.

Por conhecer os pacientes previamente da unidade, a assistência se torna mais ampla e completa, pois quando o paciente chega ao Centro cirúrgico às vezes não se tem tempo de ler o prontuário e obter informações mais detalhadas, é no trans-operatório que o enfermeiro pode ler o prontuário para poder fazer as anotações de enfermagem sobre a cirurgia e posteriormente a prescrição de enfermagem.

Acompanhar o trans-operatório me ajudou a explicar melhor ao paciente como é realizada a cirurgia e segurança para os cuidados do pós-operatório.

Objetivos:

- ☆ Prestar cuidados de Enfermagem até o 2º Pós - operatório;*
- ☆ Promover o auto - cuidado, orientações para alta;*

Quando elaborei o projeto não tinha a noção que apenas 48 horas após a cirurgia não eram suficientes para a realização dos objetivos por isso eu acompanhei os pacientes até a sua alta.

Durante o estágio fiquei várias vezes administrando a unidade, tendo que resolver inúmeros pequenos problemas, por isso eu não realizava higiene e conforto, a não ser quando o paciente não queria tomar banho, aparentemente sem nenhum motivo, eu então ia ao quarto e conversava com o paciente para que ele refletisse e se conscientizasse, concluísse que era bom e saudável tomar banho.

Os outros procedimentos eram feitos por mim como: troca de curativo e bolsa de ostomia (caso houvesse), retirada de pontos, sondas, soros e qualquer outro procedimento.

Após os cuidados, eram feitos os registros de enfermagem em impresso próprio do Hospital Universitário. A descrição dos cuidados também eram passados oralmente para o técnico de enfermagem que estava responsável pelo paciente.

Durante os procedimentos eu já conversava com o paciente, informalmente para estabelecer ou reforçar o vínculo, pude observar e também por comentário de técnicos, que o paciente só expõe

verdadeiramente o que está sentindo e pensando quando ele percebe o interesse da pessoa que cuida dele e quando confia.

Num meio extra - hospitalar, como conseguimos confiar em alguém para expôr nossos problemas ? Eu penso que começa com conversas informais e com a convivência. Por que não agir da mesma forma no Hospital ? Afinal são pessoas iguais a nós, em situação diferente!

Por isso penso que é muito importante a atenção individualizada, o olho no olho, o respeito com o paciente, para que ele se sinta a vontade para falar ou não.

É através desse vínculo que eu consegui uma interação maior com os pacientes no pós-operatório.

Essa interação serviu como base para eu fazer orientações para a alta. A Educação em Saúde para alta foram trabalhadas com todos os pacientes, cito aqui apenas duas por terem mais riqueza de conteúdo.

Paciente F., masculino, 63 anos é portador de Diabete Mellitus do tipo II, diagnóstico de Arteriopatia. Cirurgia realizada: By-pass aorto-femural.

Esse paciente tinha uma característica muito rara em relação a outros pacientes de modo geral: “ o questionamento”

Sempre perguntava sobre tudo o que era feito para ele, por essa característica os funcionários reclamavam dele dizendo:

“Como esse paciente é chato, metido, parece que não confia no que estou fazendo...”

Essas palavras eu ouvi várias vezes, quando ouvia perguntava para essa pessoa:

Porque ele é chato ?

“Sei lá, é chato ...

Então eu fazia a seguinte pergunta:

Será que ele é chato porque fica questionando e perguntando o que vocês estão fazendo ?

"Também é por isso, ele fala muito..."

Eu expunha que meu ponto de vista o paciente estava exercendo a sua cidadania quando perguntava, questionava cada procedimento, ele sabia quais eram os seus direitos.

Outro ponto é que ele já tinha conhecimentos específico sobre a Diabete.

A minha função então seria só reforçar o que ele sabia e colocar alguns pontos novos, caso houvesse necessidade. O processo foi realizado da seguinte maneira:

Primeiro perguntei o que ele sabia, assim de uma forma geral, o que é Diabetes, aqui não vem ao caso saber se ele conhece informações detalhadas e científica.

"É uma doença traiçoeira, quando menos se espera ela ataca..."

"... a Diabetes se cuida dia a dia e nunca pode se descuidar"

Eu reforcei e valorizei o que ele relatou, desta forma ele se sentiu à vontade até mesmo para seguir assunto. O paciente mostrou-se interessado:

"... gostaria que você falasse mais sobre os cuidados, todo tempo tem novidades."

Então ficávamos todos os dias até próximo da sua alta trocando informações e refletindo sobre os cuidados.

Através do diálogo houve a interação, troca de informações com reflexão.

Para Horta (1979), as orientações sobre Diabetes seriam apenas fornecidas, ao paciente, provavelmente todas de uma vez, pois a prescrição de Enfermagem seria:

ORIENTAR paciente sobre cuidados com Diabetes Mellitus, e na sua alta,

ENCAMINHAR para serviço de Diabetes Mellitus.

Dentro desse contexto o paciente não se tornaria independente (Waldow, 1993).

O próximo passo é fazer o *feedback* com o paciente para que tanto eu como o paciente tenhamos a certeza que ele saberá se cuidar sozinho:

"O senhor lembra o que conversamos sobre a Diabetes?"

"Sim, lembro, falei tudo para minha mulher, ela é que cuida de mim!"

A partir desse ponto ele relatou explicando todos os cuidados que se deve ter.

Note que ele falou que a esposa é quem cuida dele, se não traz problemas ao tratamento do paciente não devemos querer mudar o seu cotidiano.

Voltando aquele paciente de dezessete anos. Eu consegui uma interação verbal significativa com ele, pois perto de sua alta ele já comentava sobre os cuidados que eu realizava com ele, acredito ter vencido o desafio.

Nas Instituições Hospitalares, geralmente, a Educação é realizada no modelo de Horta sob forma de orientação, “depositando” no paciente o saber científico, sendo o educador sujeito do processo e o educando um objeto, Freire (1981).

Objetivo:

☆ Desenvolver habilidades técnicas.

No projeto não coloquei metas de procedimentos a serem alcançadas, por acreditar que isso geraria uma certa ansiedade. Os procedimentos foram feitos a partir de oportunidades que surgiam.

Os procedimentos no começo do estágio foram feitos com as supervisoras, cada uma na sua área, depois eu os realizava sem supervisão na medida que elas e eu sentíamos segurança.

PROCEDIMENTOS REALIZADOS	N ^o
Retirada de Ponto	15
Curativo	32
Retirada de Dreno	13
Instalação de Cateter de O ₂	03
Glicemia Capilar	08
Passagem de Sonda Vesical	08
Retirada de Sonda Vesical	10
Retirada de Sonda Nasogástrica	06

PROCEDIMENTOS REALIZADOS	N ^o
Punção Venosa	22
Punção Arterial	02
Troca de Bolsa de Ostomia	12

A realização desses procedimentos me forneceu mais oportunidades de interagir com os pacientes, pois durante os procedimentos conversava sobre o que estava fazendo e se ele compreendia porque estava sendo feito.

Objetivos Desenvolvidos e não Planejados

Receber o plantão.

A passagem de plantão era realizada às 07:00 h., onde estavam presentes a equipe de enfermagem da manhã e do turno da noite.

Na passagem de plantão o enfermeiro do turno da noite relata como passou cada paciente internado, para que o Enfermeiro do turno matutino possa planejar e priorizar a assistência de enfermagem e ter uma visão ampla da unidade.

Eu estive presente em todas as passagens de plantão de segunda a sexta feira no período da manhã, podendo assim discutir com a enfermeira da unidade a melhor forma de prestar assistência aos pacientes.

Durante o estágio tive a oportunidade de participar e relatar informações através da passagem de plantão, pois a partir da 3^a semana de estágio já tinha o conhecimento de todas aos pacientes internados.

Fazer visita diária aos pacientes

A visita diária era feita após a passagem de plantão, onde era feita por mim e pelo enfermeiro do turno.

A visita é muito importante e necessária, pois é neste momento que o Enfermeiro pode prestar uma assistência mais individualizada e obter informações mais detalhada sobre o paciente através da observação e avaliação do seu estado geral e específico.

Os pacientes relatam nessa visita como passaram a noite, se sentiram dor, expressam sua ansiedade sobre: quando será realizado o seu exame; sua cirurgia; quando será retirada a sonda; quando voltarão a comer; se está tudo bem com ele, entre outras coisas. Neste momento tentava sanar as dúvidas e problemas dos pacientes explicando e fazendo-o refletir sobre a sua situação.

É através da visita também, que o Enfermeiro tem a visão de como está a organização geral da unidade: se está em ordem, limpa, se todos receberam café, se os paciente que precisam ficar em jejum não estão comendo, entre outros.

Outra visita importante é a do médico e residentes, é nesta visita que tive a oportunidade de aprofundar conhecimentos teóricos sobre várias patologias e de contribuir com informações sobre os pacientes, havendo assim uma troca e interação entre a Enfermagem e a Medicina.

Administração Geral

Por várias vezes fiquei administrando a unidade da seguinte forma:

- Dando informações sobre pacientes internados;**
- Encaminhando pacientes para exames externos e internos;**
- Sanando dúvidas de técnicos e auxiliares sobre conduta com o paciente quando possível.**
- Autorizando e recebendo pacientes para internação, mediante a consentimento do Enfermeiro da unidade e organizando o prontuário;**
- Fazendo registro e orientações de alta;**
- Fazendo evoluções de outros pacientes da unidade.**

Esse objetivo realmente só foi alcançado através da confiança que o enfermeiro, entre eles a minha supervisora Paula S. Leite, depositaram em mim, eles acreditaram na minha capacidade de liderança e bom senso para resolver questões que surgiam no dia a dia. Essa confiança é conquistada dia a dia entre erros e acertos. Não é fácil você se integrar a um grupo que já está formado, você tem que ser humilde, aceitar críticas, mostrar competência, disponibilidade, conhecimento teórico e acima de tudo ter sempre um grande sorriso.

Elaboração do roteiro para preparo

PRÉ-OPERATÓRIO

Este roteiro inclui as ações gerais de Pré-operatório, preparo específico para cada cirurgia, áreas para tricotomia e informações essenciais que devem ser passadas ao paciente. Foi elaborado por mim em conjunto com a Enfermeira Supervisora Paula S. Leite durante o estágio.

Esse roteiro teve como base trabalhos já elaborados por outras Enfermeiras, porém não contemplava todo o assunto e era de difícil consulta.

O objetivo desse roteiro é servir de fonte de consulta para alunos e funcionários. (ANEXO)

REFLEXÕES FINAIS

- Ao concluir o estágio, é que avaliei o quando cresci, como pessoa e como acadêmica, tudo o que passei, vou lembrar para sempre, servirá de base para o meu futuro profissional.

- Espero timidamente, que esse trabalho sirva de inspiração para outros acadêmicos e até mesmo a outros profissionais, que tenham o desejo de criar e ousar.

- Trabalhar utilizando a Educação em Saúde foi extremamente gratificante, pois através dela tive a oportunidade de fazer “junto” com o paciente e descobri que ao terminar o estágio eu já estava pensando que ambos, enfermeiro e paciente, aprendemos sempre juntos só que de formas diferentes.

B I B L I O G R A F I A

- BELAND, I; PASSOS, J.. Enfermagem clínica. São Paulo: CPU, 1979. V.3.
- BEYERS, M.; DUDAS, S.. Enfermagem médico - cirúrgica. 2^a ed.. Rio de Janeiro: Guanabara, 1989.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Coordenação de doenças crônico - degenerativas. orientações básicas para o Diabético. 2^a ed.. Brasília, 1993. 105p..
- BRUNNER, L. S.; SUDDARTH, D. S.. Tratado de Enfermagem médico - cirúrgica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S. A., 1992. 2 v.
- CADETE, M. M. M.. Ação educativa, participante: a mãe como sujeito do processo. São Paulo, 1995. 127p.. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Curso de Pós - Graduação em Enfermagem, São Paulo, 1995.
- CAMPEDELLI, M. C. (org.). Processo de enfermagem na prática. São Paulo: Ártica, 1989.
- DU GÁS, B.W.. Enfermagem prática. 2^a ed.. Rio de Janeiro: Guanabara, 1986.
- FREIRE, P.. Educação e mudança; tradução de Moacir Gadotti e Lilian Lopes Martin. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979.
- FREIRE, P.. Pedagogia do oprimido. 9^a ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1981.
- GONZAGA, F. R. S. R.. O processo educativo em saúde como prática assssistencial: relato de experiência. Revista Texto & Contexto - Enfermagem, Florianópolis, v.1, n. 1, p. 116 - 136, Jan. / Jun., 1992.
- HORTA, W. A.. Processo de enfermagem. São Paulo: Universidade de São Paulo, 1979.

- KAWAMOTO, E. E.. Enfermagem em clínica cirúrgica. São Paulo: EPU, 1986.
- MARTINS, M. L. Ensinando e aprendendo, em grupo, a enfrentar situações vivenciadas por pessoas ostomizadas. Florianópolis: UFSC, 1995, 165p. Dissertação (Mestrado em assistência de enfermagem) - Curso de Pós - Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1995.
- REZENDE, A. L.. Criando história aprendendo saúde. São Paulo: Cortez, 1988.
- STEFANELII, M.. Comunicação como o paciente: teoria e ensino. 2.^o ed.. São Paulo: Robe, 1993.
- SILVA, D. G. da. A enfermagem e o enfrentamento de clientes em condição crônica de saúde. Proposta preliminar de trabalho para a seleção no curso de doutorado em enfermagem, opção filosofia de enfermagem. Florianópolis, 1994.
- SILVA, M. E. K da. Educação em saúde na assistência de enfermagem: um estudo de caso em Unidade Básica de Saúde. Florianópolis: UFSC, 1992, 112p.. Dissertação (Mestrado em assistência de enfermagem) - Curso de Pós - Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1995.
- WALDOW, V. R.. Educação para o cuidado. Revista de Enfermagem da UFRGS Porto Alegre. v. 1, n.^o 1, Jun., 1986.
- ZABLUK, H. P.. Paciente Cirúrgico: Técnicas e Procedimentos Básicos de Assistência Integral. Porto Alegre : EDIPUCRS, 1992. 176p.

ANEXO

ROTEIRO PARA PREPARO PRÉ - OPERATÓRIO

PREPARO GERAL

Turno vespertino:

- ✓ Verificar peso e altura;
- ✓ Fazer a barba e retirar esmalte;
- ✓ Preparar exames pré-operatórios (RX, laboratório, EGG);
- ✓ Acompanhar a visita do anestesista, se necessário (SN);
- ✓ Preencher impresso próprio, Controle dos cuidados pré-operatórios imediato (C. C. P. O .I)

Turno noturno

- ✓ Jejum pré-operatório a partir das 22 horas;
- ✓ Lavagem intestinal (se necessário)
- ✓ Medicação pré - anestésica;
- ✓ Preparo de pele - 2 horas antes da cirurgia:
 - ☑ Tricotomia (se necessário)
 - ☑ Degermação da área operatória
 - ☑ Higiene geral
- ✓ Higiene oral;
- ✓ Esvaziamento vesical;
- ✓ Remoção de jóias, próteses e grampos;
- ✓ Retirar roupas intimas;
- ✓ Preparo do campo pré-operatório:
 - ☑ Anti-séptico e campo estéril.
- ✓ Verificação de Sinais Vitais pré - anestésico.

* Os Sinais Vitais (S.V.) Pós pré - anestésico serão verificados pelo turno que administrar a medicação ou dependendo do horário pelo turno seguinte.

* A Antibioticoterapia (ATB) profilática deve ser administrada 1 hora antes da cirurgia no Centro Cirúrgico.

✓ Completar o preenchimento do impresso próprio.
Controle dos cuidados pré-operatórios imediato (C. C. P. O .I)

Turno Matutino

✓Checar preparo do paciente de acordo com o Controle dos cuidados pré-operatórios imediato (C. C. P. O .I);

✓Administrar pré - anestésico (SN) e verificar S.V. após pré - anestésico.

* O preparo da área operatória deve ser feito 2 horas antes da cirurgia ou seja, nos casos de segue (após as 10:00) ou cirurgia a tarde o preparo fica com o turno da manhã.

✓Encaminhar o paciente ao Centro Cirúrgico;

✓Receber o paciente do Centro Cirúrgico:

-posicioná-lo no leito;

- Verificar infusões, sondas, drenos, curativos analgesia;

- Seguir prescrição conforme orientação do Centro Cirúrgico, em caso de necessidade o Enfermeiro do turno faz modificações.

CIRURGIAS UROLÓGICAS

CIRURGIA	TRICOTOMIA		ENEMA	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO
Nefrectomia Nefrolitotomia	Linha mamilar, perineo, até $\frac{1}{3}$ médio da coxa		X	
Cistectomia	Linha mamilar, perineo, até $\frac{1}{3}$ médio da coxa		X	
Prostatectomia (Céu Aberto)	Linha mamilar até púbis.		X	
RTU de Próstata RTU de Bexiga	Região hipogastrica		X	
Correção: Varico- cele / Hidrocele	Bolsa escrotal e púbis			X
Correção: Estenose uretral	Púbis, perineo			X
Correção: Inconti- nência urinária via :endoscópica	Fem.: períneo, púbis. Masc.: Púbis			X
Correção: Incontinência urinária via :abdominal	Linha unbilcal até púbis e períneo.		X	
Cistoscopia		X		X

CIRURGIAS ORTOPÉDICAS

CIRURGIA	TRICOTOMIA		ENEMA	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO
Correção: Fratura de fêmur	Região anterior, posterior e lateral da coxa desde quadril até joelho.			X
Correção: Fratura de MMSS	Toda a circunferência do membro, inclusive articulação sup. e inf. da lesão.			X
Correção: Fratura de perna e pé	Toda a circunferência do membro inclusive articulação sup. e inf. da lesão			X
Arteroplastia: Total Parcial	Quadril anterior, posterior até $\frac{1}{3}$ médio da coxa		X	

CIRURGIAS PLÁSTICAS

- ✱ Tricotomia a critério do cirurgião;
- ✱ Enema em casos especiais:
 - tempo cirúrgico grande e / ou perineais.

CIRURGIAS VASCULARES

CIRURGIA	TRICOTOMIA		ENEMA	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO
Varizes	MMII*, todo inclusive inguinal			X
By Pass: c/ aorta s/ aorta	- linha mamilar até o pé - segmento a ser operado		X	
Amputação	10 centímetros acima da área a ser amputada			X
Aneurismectomia	- linha mamilar até o pé		X	
Simpatectomia	Linha mamilar até região inguinal			X
Carótida	Pescoço até a linha mamilar			X

* Membros Inferiores.

CIRURGIAS PROCTOLÓGICAS

CIRURGIA	TRICOTOMIA		ENEMA	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO
Orificiais	períneo		início da noite	
Amputação por via abdominal perineal de reto	períneo linha mamilar, até $\frac{1}{3}$ médio da coxa		preparo específico com enema	
Colectomias	linha mamilart, até $\frac{1}{3}$ médio da coxa		preparo específico com enema	
fechamento de ostomias	Hemi abdome do lado da ostomia desde a linha mamiar até púbis		preparo específico com enema	

OBSERVAÇÃO REFERENTES A PREPAROS ESPECÍFICOS:

1- PACIENTES EM APARELHO GESSADO / TALA:

Retirar o aparelho na tarde anterior a cirurgia (após confirmação), da área ser cirurgiada;

2- PREPARO DE CÓLON:

Antevéspera: Dieta branda sem resíduos;
Cinco comprimidos de Dulcolax ou
250 ml de suco de laranja coado com
250 ml de manitol 20 %;

Véspera: Dieta líquida sem resíduos;
750 ml de suco de laranja coado com
750 ml de manitol 20 %

3- PREPARO PARA BY PASS:

Começar degermação de MMII dando atenção especial a virilha, umbigo e região poplíteia 3 dias antes da cirurgia.

4- VARIZES

Se as varizes forem marcadas *a noite*:
Tricotomia a tarde.

Se as varizes forem marcadas *pela manhã*:
Tricotomia a noite.

***Administrar o pré-anestésico somente
após a marcação das varizes**

INFORMAÇÕES GERAIS A SEREM DADAS NO PRÉ - OPERATÓRIO

1- Rotinas para acompanhantes:

É permitido um acompanhante preferencialmente do mesmo sexo do paciente desde a chegada da sala de recuperação pós-anestésica (SRPA) até as 7 h da manhã seguinte.

* O acompanhante deve colaborar não manuseando sondas, cateteres, soros, e não desprezando a urina. Deve ter equilíbrio emocional; a avaliação deve ser feita pela equipe e SN deverá ser trocado o acompanhante.

2- Colaboração no Pós - Operatório:

Movimentação ativa no leito e saída precoce do mesmo;

Exercício de tosse e respiração profunda.

3- Analgesia:

Deve ser solicitada a equipe de enfermagem sempre que sentir dor.

4- Sempre informar da possibilidade do retorno da SRPA com cateter, sondas, fluidoterapia e em alguns casos estomas e áreas amputadas.

5- Alimentação será fornecida de forma gradual de acordo com a cirurgia realizada. Não é permitido alimentos fora do fornecido pelo Serviço de Nutrição e Dietética. Em alguns casos há necessidade de jejum mais prolongado

Elaboração:

Enfermeira da UIC II Paula Leite
Acadêmica da 8ª fase Tatiana Neves Figueira.